

Note

Le **CERTIFICAT MÉDICAL** (SR-0040) concernant les prestataires permet :

- au **médecin** ou à la **sage-femme** d'attester un **état de grossesse** et confirmer la nécessité des transports médicaux liés au suivi prénatal et postnatal.
- au **médecin** ou au **dentiste** de faire une demande de prestations spéciales à caractère médical.

Afin de permettre une analyse éclairée du certificat médical, il est important de remplir intégralement le formulaire et de donner des réponses précises et complètes. Dans le cas où une question n'est pas pertinente à la situation du patient, veuillez éviter de la laisser en blanc et y inscrire plutôt un trait ou S. O. (sans objet). Merci de votre collaboration.

Note – La forme masculine utilisée dans ce formulaire désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.

Section 1 – RENSEIGNEMENTS SUR L'IDENTITÉ DU PRESTATAIRE

Nom de famille et prénom

Numéro d'assurance maladie

Section 2 – AUTORISATION DU PRESTATAIRE

Par la présente, j'autorise le médecin, la sage-femme ou le dentiste à fournir au ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale tout renseignement concernant mon état de santé physique ou mental actuel ou antérieur.

Année Mois Jour

Date

Signature du prestataire

Section 2 - AUTHORIZATION OF THE RECIPIENT

I hereby authorize the physician, midwife or dentist to provide the Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale with any information regarding my current or past state of physical or mental health.

Year Month Day

Date

Signature of the recipient

Section 3 – GROSSESSE (Remplir cette section.)Nombre actuel de semaines : Date prévue de l'accouchement :

Remarques : _____

Section 4 – BESOINS À CARACTÈRE MÉDICAL

En vertu de la loi et du règlement, un prestataire peut demander au Ministère de lui accorder une prestation spéciale pour satisfaire certains besoins à caractère médical dans le but de préserver sa santé. Dans ce contexte, veuillez identifier le ou les besoins qu'il est nécessaire de satisfaire et cocher la ou les cases correspondantes :

 Aucun besoin à caractère médical à satisfaire Préparations lactées à base de protéine de soja ou sans lactose (enfant âgé de 9 à 12 mois) Diète pour diabète Oxygène (précisez la durée) Déménagement pour des raisons de santé (précisez la raison médicale du déménagement) Prothèses, orthèses ou accessoires divers (précisez le type, la quantité nécessaire et la durée, s'il y a lieu) Installation à domicile d'un appareil d'hémodialyse Hémodialyse Chaussures orthopédiques ou orthèses plantaires (précisez le type de chaussures ou de correctifs nécessaires) Autres besoins à caractère médical (précisez le besoin)

Précisez le diagnostic, la raison médicale, le traitement, le type, la nature, la durée, la fréquence, etc.

Section 5 – TRANSPORTS MÉDICAUX

En vertu de la loi et du règlement, un prestataire peut demander au Ministère de lui accorder une prestation spéciale pour payer le coût de transport médicaux. Dans ce contexte, veuillez répondre à chacune des questions suivantes.

– Besoin de transport pour un suivi ou pour un traitement médical ou dentaire.

Oui Non Précisez la raison médicale, la fréquence, la durée, etc. : _____

– Besoin de transport pour participer à des activités à des fins thérapeutiques.

Oui Non **Si oui**, précisez ci-dessous le diagnostic, la raison médicale, l'activité, l'endroit, la fréquence, etc. Recommandé pour une période de _____ mois.

– En raison de son état de santé, cette personne peut-elle utiliser son véhicule personnel ou le transport en commun?

Oui Non **Si non**, précisez la raison et le moyen de transport requis : _____

– Recours à un accompagnateur lors d'un transport médical.

Oui Non Précisez : _____

Section 6 – RENSEIGNEMENTS SUR L'IDENTITÉ ET SIGNATURE DU MÉDECIN, DE LA SAGE-FEMME OU DU DENTISTENom de famille et prénom
(en caractères d'imprimerie)

Numéro de permis d'exercice

Téléphones

Cabinet :

Hôpital :

Téléavertisseur :

Date

Année-Mois-Jour

Signature